

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1915

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile-Louis REIGNARD

Né à Tonnerre (Yonne), le 19 septembre 1888

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT ABORTIF

DE LA

SYPHILIS POST ET PRÉCHANCREUX

Président : M. GILBERT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

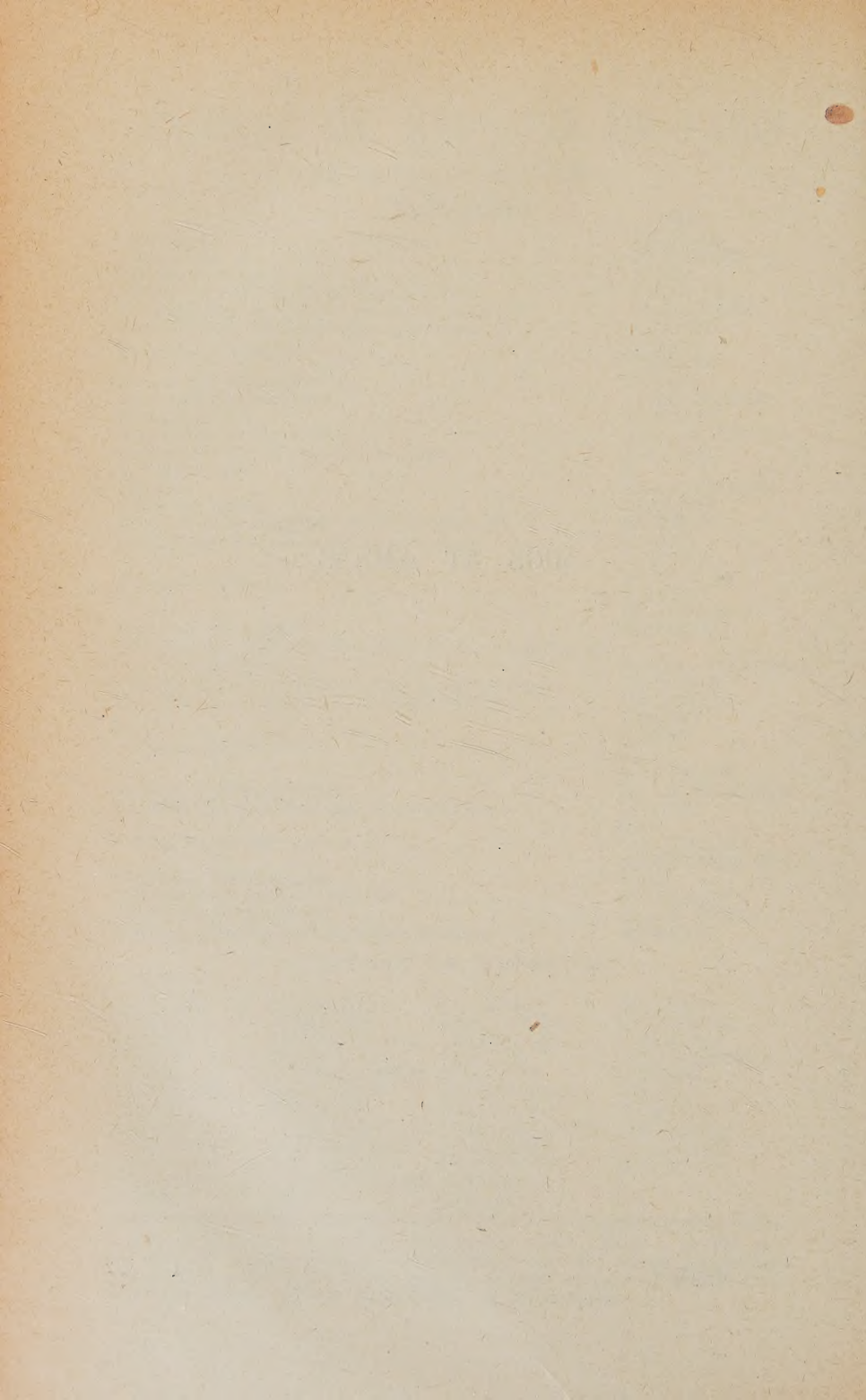
	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologi	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.	MARFAN
Hygiène clinique de la première enfance.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAINEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

PRÉAMBULE

Dans cette thèse, nous avons voulu esquisser un thème séduisant, auquel depuis longtemps nous nous sommes intéressé. Ces idées ont été rédigées aux tranchées, avec nos souvenirs, à un moment où elles n'étaient plus tout à fait d'actualité. Nous regrettons que les circonstances nous empêchent de publier quelque chose de décisif. Si nous n'avons pu expérimenter sur les animaux les idées que nous défendons, nous aurons peut-être posé les termes d'un problème utile. Notre exposé fera peut-être entrer dans le domaine médical toute une période de la syphilis qui n'y était pas : à savoir la première période d'incubation, depuis la contamination jusqu'au chancre.

Pour notre part, nous n'hésiterions pas à traiter par des injections de salvarsan, ou le mercure à haute dose, avant le chancre, des sujets chez qui la contamination syphilitique apparaît au médecin comme fatale.

Nous remercions M. le professeur Gilbert d'avoir bien voulu nous faire le très grand honneur de présider notre thèse. A tous nos maîtres des hôpitaux :

aux Drs Reynier, Morestin, Ricard, Descomps, Caussade, Barbier, Klippel, Balzer, nous adressons l'hommage de notre reconnaissance. Pour leur sollicitude et leur dévouement, pour ce qu'ils nous ont appris, nous leur gardons une gratitude infinie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT ABORTIF
DE LA
SYPHILIS POST ET PRÉCHANCREUX

La thérapeutique s'est préoccupée depuis longtemps d'enrayer la syphilis, après l'apparition de son accident primitif, par un traitement intensif. Si les résultats ont été le plus souvent décevants, ils apportent cependant un enseignement, qui sera la base de ce travail. Nous allons envisager les tentatives faites pour juguler la vérole et nous exposerons ensuite comment nous concevons le traitement abortif de la syphilis ; à quel moment, selon nous, l'infection peut être attaquée avec le maximum d'efficacité.

Depuis que l'ultra microscope permet des cures précoces, un traitement mercuriel énergique parait avoir parfois enrayeré la marche de l'infection. Il en a été ainsi chez un malade de M. Fouquet. Duhot de Bruxelles, s'appuyant sur une expérience vieille de quinze ans, et sur une statistique de 208 cas de traitement abortif, tenus en observation depuis deux à douze ans, affirme la possibilité d'enrayer définitive-

ment l'évolution de la syphilis, par un traitement mercuriel intensif et précoce, à l'huile grise, *commencé avant le douzième jour du chancre*. Cette limite, selon lui, ne reconnaît que 5 o/o d'échecs. Lorsque la cure est entreprise après le douzième jour, les résultats, quoique encore très encourageants, deviennent plus variables. Lorsque la roséole a pu se développer librement, l'on n'est jamais absolument certain d'éviter le tertiarisme. L'auteur conseille comme traitement adjuvant l'ablation du chancre et la stérilisation de la région des ganglions satellites.

Avec le salvarsan, les résultats sont encore plus favorables : Milian, à la Société médicale des Hôpitaux (16 déc. 1910), présente un malade de trente-deux ans, atteint de plusieurs chancres syphilitiques avec tréponèmes. Ce malade reçoit 55 centigrammes d'arsenobenzol en injection intra-musculaire. Les chancres se cicatrisent. Il n'y a pas d'accidents secondaires. Le Wassermann, positif le 20 décembre, est négatif le 6 janvier. Le 12, le malade présente sur la verge deux ulcérations qui ont le type du chancre syphilitique ecthymateux — un ganglion inguinal gauche est apparu, du volume d'un haricot. Il ne s'agit pas d'une syphilide secondaire, car il y a induration et aspect objectif typique du chancre. Il ne s'agit pas de chancre redux, puisque ces accidents siègent en des régions différentes des premiers. Enfin, la femme du malade, qui a repris ses rapports avec lui, est pleine de plaques muqueuses vulvaires, car elle ignore la syphilis dont elle a une première fois

contaminé son mari, et ne s'en est pas soignée.

A la Société médicale des Hôpitaux, le 23 février 1912 : Belin, Milian, Amodrut publient un autre cas : un malade, contaminé par sa femme, reçoit quatre injections de 606, sort de l'hôpital le 3 janvier ; le 8, il reprend ses rapports avec sa femme. Le 1^{er} février, c'est-à-dire dans les délais, il présente un chancre syphilitique du méat typique, accompagné de son ganglion satellite.

Depuis l'emploi du salvarsan, il faut convenir que les cas de syphilis réinoculées, sont devenus relativement nombreux. Il semble donc acquis aujourd'hui qu'une médication *précoce*, intensive, peut juguler la vérole dans un certain nombre de cas. Avec des injections massives de salvarsan faites *dès le début du chancre*, le coup porté à l'infection est souvent considérable. Les accidents secondaires peuvent être supprimés complètement. Les malades observés pendant plusieurs années, peuvent ne plus présenter aucune manifestation syphilitique, les réactions sérologiques peuvent rester muettes. Dans un certain nombre de cas, on peut les croire définitivement guéris. On objectera que la syphilis peut rester latente pendant de longues périodes, et Fournier nous renvoie à vingt ans pour avoir la certitude absolue que nos malades sont bien réellement exempts de syphilis. Il en est certainement ainsi pour les cas dans lesquels on a pu constater la dissémination par voie sanguine de l'agent infectieux, mais rien ne prouve qu'il en soit de même pour les

syphilis attaquées rigoureusement dès les premiers jours du chancre. *Agir dès les premiers jours du chancre*, voilà le gage du succès. Voilà le point capital qui permet tous les espoirs.

Le traitement a d'autant plus de chances de réussir qu'il est institué plus près du début de l'ulcération primitive.

Tous les auteurs insistent sur ce point. Avant le douzième jour disait Duhot, et Leredde, dans son livre *Sur la stérilisation de la syphilis*, insiste sur la nécessité d'intervenir avant l'apparition de réactions sérologiques, c'est-à-dire avant le dixième ou le douzième jour.

Il est donc d'importance capitale de prévenir les intéressés qu'ils doivent se faire examiner d'urgence par leur médecin du moment où ils présentent la moindre érosion consécutive à un rapport suspect. On doit faire connaître par des affiches et des instructions verbales aux ouvriers, employés, étudiants, soldats, les chances de salut que leur offre le traitement précoce formulé ci-dessus.

Malgré tout, il faut bien le dire, à la vérité, la plupart du temps l'infection n'est pas enrayée définitivement. Les accidents sont retardés, sont plus discrets, mais ils surviennent quand même. Le traitement intensif, même dans les premiers jours du chancre, est souvent impuissant à faire avorter la vérole et Boursier, résumant une discussion à l'Académie des Sciences en 1910, a pu dire : « L'avis à peu

près unanime de la société est que le traitement abortif n'existe pas actuellement. »

A la Société de médecine de Paris, le 13 janvier 1911 à la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Cayla, Gaston, Leredde, le rapporteur de la commission : M. Druelle, fait voter à l'unanimité la conclusion suivante :

Tout en rendant hommage aux cliniciens qui ont tenté de réaliser le traitement abortif de la syphilis, et tout en tenant compte des légitimes espérances que ces travaux permettent de concevoir, la société de médecine de Paris estime qu'à l'heure actuelle il n'existe pas à proprement parler de traitement abortif de la syphilis.

Voilà donc le sort de la syphilis avérée, déclarée.
Bien rarement on s'en rendra maître et seulement dans les cas où l'infection aura été attaquée vigoureusement tout près de son début.

II

Pourquoi, jusqu'ici, la première période d'incubation a-t-elle échappé à la thérapeutique ? Pourquoi ne se sert-on pas des armes nouvelles, si puissantes, pour essayer de juguler la syphilis, avant le chancre, entre la contamination et le chancre, lorsque la contamination apparaît au médecin comme fatale ?

Les cas sont nombreux où le médecin a vu le problème se poser à lui : Femme et mari, amant et maîtresse allant ensemble trouver le médecin pour ulcérations suspectes de l'un ou de l'autre d'entre eux : le mari a un chancre, les rapports ont lieu dans ces conditions depuis huit jours, n'y a-t-il rien à faire pour la femme ?

Voici un homme qui s'aperçoit que sa maîtresse a des ulcérations vulvaires : des rapports ont eu lieu dans ces *conditions depuis plusieurs jours*. L'homme a même des érosions sur la verge. Ensemble ils sont venus trouver le médecin qui a fait le diagnostic des lésions de la femme : plaques muqueuses très virulentes, humides.

Pendant vingt ou trente jours va-t-on laisser le spirochète se multiplier, pénétrer partout, dans l'endartère, jusqu'aux plus ultimes ramifications vascu-

lares où les médicaments auront peine à l'atteindre. Qui connaît l'importance de ces trente jours muets au travail de multiplication du spirochète ? Comment le spirochète se multiplie t-il ?

Au chancre, la maladie est générale et dès ce moment toute inoculation syphilitique nouvelle est incapable de reproduire l'accident initial. Au dixième jour de la période d'incubation le spirochète se généralise déjà, et la preuve, c'est que dans les cas cliniques, rares à la vérité, où les chancres sont multiples, leur intervalle d'apparition ne dépasse jamais dix jours (Enriquez). Il n'y a pas de temps à perdre. Au bout d'une dizaine d'heures l'ablation de la partie inoculée n'arrête pas la vérole, *mais tout semble prouver que, pendant les dix premiers jours de la période d'incubation, le spirochète reste cantonné dans la zone génitale*. Qui peut affirmer qu'à cette époque un traitement massif par le mercure ou mieux le salvarsan, ne peut pas en avoir raison ?

Et le médecin, pressé tout à l'heure d'essayer un traitement abortif, quand le chancre sera venu, aura laissé passer vingt ou trente jours sans rien tenter ! Il a laissé s'établir un mal qu'il sait ne plus pouvoir vaincre d'une façon certaine. Délibérément, il a dit à l'homme de tout à l'heure : « Avant le chancre, je ne peux rien pour vous. Évidemment vous aurez peut-être la syphilis. Vous êtes même dans les meilleures conditions pour cela... Mais il faut patienter. *Avant le chancre, je ne veux pas vous traiter.* »

Et ces paroles, chaque médecin dans sa carrière

les a prononcées, occasionnellement. C'est le fait admis *à priori* dans la science. Je connais un médecin qui, après une intervention sur une femme syphilitique s'aperçut vingt-quatre heures après qu'il avait une écorchure au doigt. Pendant vingt jours, il voulut se traiter préventivement. Les maîtres en syphiligraphie l'en dissuadèrent. Il eut un chancre. Un mari, allé aux colonies, rentre en France avec des écorchures qu'il prend pour de l'herpès, il a des relations avec sa femme. Cinq jours plus tard, les écorchures sont des chancres syphilitiques types, avec tréponème. On l'amène à un de nos maîtres, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec sa femme avertie, pour savoir s'il faut oui ou non traiter cette femme par le 606. Il examine la femme, réfléchit et conclut qu'il ne faut pas la traiter mais l'observer. Cette femme n'a pas été contaminée. *Mais si elle l'eût été ?*

Il est donc bien exact que dans la science, à l'heure actuelle, la première incubation de la syphilis ne compte pas. La période seule où tous les espoirs sont permis ; le période seule, où la jugulation peut être effective, en tout cas sera tangible lorsqu'avec un grand nombre de cas semblables, le chancre n'aura jamais apparu, échappe jusqu'ici à toute thérapeutique préventive. Il est certain que jusqu'à présent, à part les tentatives de cautérisation sur les érosions superficielles, on n'a rien fait pendant l'incubation. Dans son tout récent article sur la durée de la période d'incubation de la syphilis (juil-

let 1915), Thibierge ne fait pas allusion à un traitement préventif et à son rôle possible. Metchnikoff (Académie de Médecine, 1902) a tenté le traitement abortif de la syphilis par la pommade au calomel. Les règles en ont été données dans la thèse de Maisonneuve. Par la pommade au calomel, Metchnikoff prétend enrayer la syphilis dans l'œuf, à condition que le traitement soit pour ainsi dire immédiat. Mais c'est là une question de prophylaxie instantanée et, les premières heures de la contagion mises à part, la première période d'incubation de la syphilis n'entre pas dans la thérapeutique.

Alors que partout on essaie de prévenir le mal (dans la rage, le tétanos, la typhoïde, la variole) ici, on le laisse d'abord s'affirmer. N'est-il pas curieux de voir les tentatives de médecins pour juguler la syphilis dans les premiers jours du chancre et pas un seul essai pour tenter d'enrayer la syphilis avant le chancre ? quand la contamination apparaît comme fœtale.

Qu'y a-t-il à craindre de l'emploi du 606, entre les mains de techniciens exercés, chez un sujet jeune et robuste ? Je sais bien qu'en un pareil sujet on se heurte à des difficultés considérables : cliniques et expérimentales.

Difficultés de la méthode. — C'est d'abord l'impossibilité de faire la preuve de la contamination, qui souvent paraît évidente de par le sujet contaminant, mais qui, en réalité, se trouve rarement réalisée. Cela

est vrai. Mais le grand nombre d'observations donnera malgré tout la réponse. Si le chancre n'apparaît dans aucun cas, après traitement, la preuve sera faite. C'est exactement la même chose pour l'injection préventive du tétanos ou de la rage. On peut poser l'objection à tous les traitements préventifs.

Mais, dira-t-on, ce traitement ne va-t-il pas supprimer le chancre, sans supprimer la vérole ; n'allez-vous pas, en décapitant peut-être la syphilis, chez un individu qui allait avoir un chancre, mettre cet homme dans l'impossibilité de savoir s'il doit se comporter, oui ou non, dans la vie, comme indemne de syphilis ? *Alors que rien ne témoignerait de son infection, cet homme ne resterait-il pas exposé aux accidents viscéraux tardifs ?* En d'autres termes, il faudrait pour traiter des malades qui peuvent ne pas avoir la syphilis, avoir un procédé sûr pour reconnaître plus tard, si, oui ou non, ils n'ont pas la syphilis.

En somme, au point de vue clinique, deux difficultés :

C'est d'abord l'impossibilité de faire la preuve de la contamination. Nous avons dit ce que nous en pensions. C'est ensuite l'impossibilité de faire la preuve de l'efficacité du traitement qui peut seulement retarder l'éclosion de la syphilis, laquelle peut se révéler très tard par des accidents viscéraux dont la nature échappe.

Mais comment peut-on concevoir qu'un traitement

préchancreux puisse faire disparaître le chancre sans faire disparaître la syphilis.

Il n'y a pas de syphilis acquise sans chancre. Le chancre est un élément inéluctable de la syphilis acquise.

C'est l'accident fondamental qui ne manque jamais et sans lequel il n'y a rien. Il n'y a pas dans la science une seule observation certaine de syphilis sans chancre.

Un médecin et chimiste illustre a raconté, lors d'un de ses passages à Paris, à un médecin des hôpitaux qui nous a demandé de ne pas citer de noms, qu'il s'était traité personnellement par une friction locale de pommade mercurielle, après contact avec une femme syphilitique, quand il était étudiant. Jamais il n'eut d'accident. Mais il vient de mourir d'hémorragie cérébrale.

En vérité, peut-on tirer de cette coïncidence le moindre argument. Je ne sache pas que l'hémorragie cérébrale chez un homme de soixante ans soit la propriété exclusive des syphilitiques.

Les accidents secondaires peuvent manquer ou apparaître à des dates variables. Il y a sans traitement des roséoles retardées qui apparaissent six mois, une année après l'infection. Le chancre apparaît toujours dans les quarante jours qui suivent la contamination. Excessivement rares et discutables sont les quelques observations où il est apparu plus tardivement (jusqu'à quatre-vingt-dix jours).

Chez les animaux réfractaires à la grande infection

syphilitique, la durée de l'incubation chancreuse n'est pas augmentée. Si l'on s'adresse à des singes inférieurs (macaques, cynocephales), où le tableau de la syphilis se borne au chancre d'inoculation, où l'organisme est très résistant au tréponème, le chancre reste toujours typique par sa durée d'incubation, son aspect de papule à base indurée, sa surface exulcérée. Chez le lapin le chancre apparaît au trentième jour d'inoculation.

Dans les syphilis réinoculées après le traitement par le 606 et qui ont le plus souvent une physionomie particulière de syphilis avortée, où le chancre est le plus souvent érythémateux ou ulcéreux, et la roséole retardée et discrète, le chancre apparaît dans les délais requis. Chez les sujets mercurialisés par leur profession et qui contractent la syphilis, la durée de l'incubation reste la même : un individu mercurialisé pour une syphilis inexistante (observation à l'Académie de Médecine en 1910), a contracté la syphilis, et le chancre est apparu dans les délais ordinaires.

En résumé, quelle que soit la résistance de l'organisme contaminé, même chez les animaux où l'avortement spontané de l'infection est la règle, le chancre apparaît dans les délais ordinaires et ne manque jamais. Quand il n'y a pas de chancre, il n'y a pas de syphilis. Il n'est venu à l'idée de personne de supposer qu'un animal auquel on fait une inoculation syphilitique et qui ne contracte pas de chancre puisse cependant avoir des accidents ultérieurs. S'il s'agit

d'un singe, par exemple, on est bien certain que, dans l'hypothèse indiquée, il n'a pas la syphilis, et la preuve c'est qu'une seconde ou une troisième inoculation pourra être positive et la lui donner. On finira toujours par la lui donner.

Je vais même plus loin : la façon dont, chez l'animal, l'inoculation doit être faite pour être suivie de syphilis *prouve la nécessité du chancre* dans la syphilis acquise. Si l'on injecte sous la peau ou dans le sang une culture de spirochètes, on ne donne pas la syphilis à l'animal. Il faut, pour que l'inoculation soit positive, que le spirochète pénètre activement à travers la peau.

Il faut à peine quelques altérations de l'épiderme ou des muqueuses, obtenues par frottement principalement.

De deux choses l'une : après un traitement préventif, le chancre apparaîtra, dans les délais ordinaires (modifié ou non), ou il n'y aura pas de chancre, et l'individu sera indemne de vérole.

Avec le traitement abortif *post-chancreux* l'objection est absolument « non scientifique » puisqu'il n'y a aucun moyen de savoir si la guérison est effective. Est-on jamais sûr, après un traitement abortif par le 606 de ne pas voir le Wassermann redevenir positif après six mois, après un an ? Comment les malades doivent-ils se comporter dans la vie ?

Au contraire, avec la méthode que nous proposons, la non venue du chancre sera la preuve que l'individu est indemne de syphilis. Le grand nombre

d'observations où la contamination qui apparaissait évidente n'aura jamais été signée du chancre sera la preuve de la valeur du traitement que nous préconisons.

Mais avant d'avoir ce grand nombre d'observations, la question est d'ordre expérimental plutôt que d'ordre clinique. Les recherches réellement probantes ne pourraient être entreprises que sur le chimpanzé, animal qui est trop coûteux (1.500 à 2.000 fr.) pour des expériences nombreuses.

Les recherches sur le lapin ne peuvent donner des résultats *approximatifs* qu'à la condition de porter sur un très grand nombre d'animaux. Le lapin est peu réceptible. Il faut inoculer 10 lapins pour obtenir trois ou quatre résultats positifs. En supposant que les 7 ou 6 autres aient été soignés dès l'inoculation, on attribuerait au traitement l'absence de contagion, alors que la défense naturelle de l'organisme en est réellement l'auteur. Il faudrait par exemple inoculer :

20 lapins non traités et avoir 6 résultats positifs.

20 lapins non traités et avoir 0 résultat positif.

Cela représente un chiffre minimum d'expérimentation.

A l'heure actuelle, aucune de ces expériences n'a été tentée. Malheureusement, nous n'avons rien à notre disposition pour les réaliser et il nous a été impossible de soutenir par des faits l'opinion que nous défendons. Nous ne pouvons donner que la marche à suivre. Mais il nous a semblé intéressant,

dans le domaine expérimental, de montrer la lacune et de susciter peut-être des travaux ultérieurs.

Au demeurant, ces expériences ne seront jamais absolument probantes parce que l'animal est autrement résistant que l'homme à l'infection syphilitique et peut supporter relativement à son poids des doses bien plus considérables de toxiques antisypilitiques, parce que, chez l'animal, la stérilisation de la syphilis avérée, postchancreuse, est un problème relativement facile. De la réalisation chez le lapin, du chiffre minimum d'expérimentation que nous indiquions tout à l'heure, on ne pourrait conclure à l'efficacité de la méthode chez l'homme.

C'est à l'homme lui-même qu'il faudrait s'adresser, mais peu de sujets se prêtent à l'expérience, et l'exemple du D^r Maisonneuve se faisant inoculer la syphilis par son maître Metchnikoff, ne risque pas d'être suivi.

Pour notre part nous n'avons pas hésité à appliquer notre méthode abortive dans la circonstance suivante : Un homme se présente à nous avec un chancre induré datant de huit jours, chancre induré, suintant, typique, avec ganglions. Cet homme était marié et avait continué ses rapports avec sa femme. Lorsqu'il sut qu'il avait la syphilis, il nous demanda de faire l'impossible pour que sa femme ne l'ait pas. Sa femme fut mise par lui, au courant. Elle avait des pertes blanches avec vulvite. Après réflexion nous avons traité la femme énergiquement. Nous lui fîmes trois injections de salvarsan : la première de 0 gr. 20,

quatre jours après 0 gr. 40, huit jours après une troisième injection de 0 gramme 60. La femme n'eut pas d'accidents pendant une année. Depuis nous avons su qu'elle avait été contaminée. Elle eut un chancre des grandes lèvres, mais son mari avait à ce moment des plaques muqueuses de la verge. *Nous sommes convaincu que la première fois cette femme avait été contaminée et que nous avons fait avorter sa syphilis dans l'œuf.*

Depuis, nous sommes résolument partisan du traitement préchancreux dans les nombreux cas de coïts suspects où il est possible de retrouver le sujet contaminant et de l'examiner.

Si nous n'avons pu apporter les faits d'expérimentation, nous aurons du moins posé le problème. Les livres ne parlent pas de cette question. Pour ceux qui pensent que la syphilis pourrait continuer à évoluer sournoisement, après notre traitement, avec pour conséquence l'incertitude perpétuelle de l'individu qui l'aurait subi, nous répondrons : « Que, partir de cette objection pour abandonner notre méthode, c'est oublier que les plus beaux résultats du traitement antisypilitique sont les enfants sains naissant de parents syphilitiques *traités intensivement* ».

A qui viendrait-il à l'idée de dire : « Pas de traitement *intensif* des parents syphilitiques avant la procréation parce qu'après la naissance d'un enfant en apparence sain on n'a aucun procédé sûr pour pouvoir reconnaître plus tard si, oui ou non, il n'a

pas la syphilis et ne reste pas exposé aux coups d'une syphilis héréditaire tardive !

Même dans le cas où la syphilis pourrait rester muette pendant de longues années, nous pensons que le fait même d'avoir porté un tel coup à l'infection doit lever toute hésitation. Si la maladie peut être rendue pareillement latente, elle a toute chance de le rester indéfiniment. C'est le triomphe de notre méthode.

Bien entendu, ce traitement ne confère à l'individu qui le subit aucune immunité contre la syphilis. Il ne s'agit pas d'un vaccin. J'ai rappelé en passant le cas de cet individu mercurialisé pour une syphilis inexistante et resté apte à contracter la syphilis. Les choses seraient-elles pareilles en cas de salvarsanisation préalable qu'il n'en découlerait pas du tout que le 606, après inoculation de la syphilis, ne s'oppose pas à la germination de celle-ci. Cela n'est pas la même chose. On sait parfaitement que les accidents syphilitiques peuvent survenir en plein cours de traitement mercuriel, et cependant, une fois survenus, le mercure les fait disparaître. Il est curatif des accidents, il n'est pas préventif des accidents. Notre méthode jugule peut être une syphilis après inoculation. Elle ne prévient en aucune façon une syphilis ultérieure.

CONCLUSIONS

En somme, dans ce modeste travail, nous avons voulu poser les termes d'un problème passionnant, qui, dans la science, se trouvait résolu *a priori*.

Fournier avait écrit il y a vingt ans : « Pas de traitement sur une syphilis non confirmée ». Mais il ne partait pas du même point de vue que nous. Dans sa pensée, la stérilisation de la syphilis était à longue échéance et vraiment il eût été abusif de saturer de mercure pendant quatre années, un individu peut-être indemne de vérole.

Avec l'ultra microscope d'abord, qui permit le diagnostic précoce ; avec le salvarsan ensuite, qui permit de frapper fort et rapidement, des espoirs nouveaux naquirent : les méthodes abortives se multiplièrent.

Des essais nombreux furent tentés avec les résultats que nous avons vus. Le Wassermann, les diverses réactions sérologiques donnaient, dans une certaine mesure, le contrôle des résultats.

Mais la loi posée par Fournier ne subit aucune atteinte. Il ne vint à l'idée d'aucun des expérimentateurs de gagner quinze ou vingt jours, en n'atten-

dant pas le chancre pour commencer le traitement, dans les cas où la contamination apparaît fatale.

Pour notre part, nous sommes convaincus que notre tentative de traitement préventif, faite dans les conditions de contagion probable et prochaine, *ne peut pas être nuisible*. Elle peut même être utile. Il nous semble qu'on est en droit de la tenter. Les critiques ne doivent pas empêcher l'essai des méthodes *abortives préchancreuses* dont le résultat sera jugé, par expérience, valable sur un grand nombre de malades.

Vu : le Président de la thèse

GILBERT

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2968-15
